



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

DESDE 1911

MESTRADO EM ECONOMIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

TRABALHO FINAL DE MESTRADO

TRABALHO DE PROJETO

PROJETO DE MELHORIA NO FINANCIAMENTO DOS
GASTOS DE MEDICAMENTOS NO SISTEMA NACIONAL
DE SAÚDE

MAURO JOSÉ FRIDMAN FERREIRA PINTO

FEVEREIRO - 2018



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

DESDE 1911

MESTRADO EM ECONOMIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

TRABALHO FINAL DE MESTRADO TRABALHO DE PROJETO

PROJETO DE MELHORIA NO FINANCIAMENTO DOS
GASTOS DE MEDICAMENTOS NO SISTEMA NACIONAL
DE SAÚDE

MAURO JOSÉ FRIDMAN FERREIRA PINTO

ORIENTAÇÃO:

PROFESSOR DOUTOR PAULO TRIGO CORTEZ PEREIRA

FEVEREIRO - 2018

*A todos os que se dedicam a promover o
Serviço Nacional de Saúde de Portugal.*

AGRADECIMENTOS

O presente projeto nasce a partir da minha admiração pelo Serviço Nacional de Saúde de Portugal – para mim, um exemplo de sucesso na implementação de política pública de saúde. Ao longo da minha vida, como ser humano e cidadão, aprendi a valorizar a importância do direito do ser humano aos cuidados de saúde e, como profissional da área de gestão financeira pública, tive a oportunidade de testemunhar o quanto é difícil gerir a afetação dos recursos mínimos com *value for money*. De dezembro de 2012 a julho de 2015 tive a oportunidade de trabalhar junto ao Ministério das Finanças e viver em Portugal, quando pude conhecer com alguma profundidade a gestão financeira do SNS.

Escolher o ISEG para estudar e aprofundar os meus conhecimentos em economia foi o passo seguinte que tomei, que ora concretizo.

O Projeto beneficiou-se de contributos, comentários e sugestões de diferentes pessoas as quais gostaria de deixar o meu sincero agradecimento e, em especial, a duas personalidades intelectuais que devo muito do meu aprendizado:

O meu orientador Professor Doutor Deputado Paulo Trigo Pereira, pela orientação inteligente e oportuna, e pela dedicação e perseverança com que me apoiou com um senso crítico e construtivo em toda a minha formação no ISEG; e

O Mestre - em breve Doutor, Luís Viana pela sua amizade, por todos os grandes momentos de troca de conhecimento, e pela oportunidade de vivenciar a construção da nova Gestão Financeira Pública de Portugal a que ele tem se dedicado de corpo e alma.

Aos Professores do ISEG que me ajudaram a solidificar o conhecimento em economia e políticas públicas.

À ACSS e à DGO, pela receptividade no esclarecimento do processo de mapeamento dos fluxos financeiro e orçamental da gestão de medicamentos do SNS.

Aos meus colegas do ISEG, pela amizade, encorajamento e apoio constantes e por tornarem agradável a gestão do stress e do tempo de um trabalhador estudante.

À minha esposa pela presença e permanente incentivo, compreensão e apoio incondicional.

Índice

Resumo.....	viii
Abstract	ix
Introdução.....	1
I - Uma análise dos gastos e da governação em medicamentos em Portugal	4
1.1 Uma análise das despesas dos sistemas nacionais de saúde na UE	4
1.2 Uma Análise de Mercado e dos Gastos do SNS em Medicamentos.....	6
1.3 A governação da gestão de medicamentos no SNS	8
1.3.1 A regulamentação do medicamento de uso humano	9
1.3.2 A logística (aquisição, distribuição e dispensa) de medicamentos aos cidadãos.....	9
1.3.3 A prescrição para a dispensa de medicamentos aos pacientes	10
1.3.4 O financiamento da gestão de medicamentos pelo OE	11
II - Análise dos instrumentos de gestão financeira dos gastos em medicamentos.....	13
2.1 Fatos relevantes na governação de medicamentos a partir de 2005	13
2.2 O Mapa do fluxo financeiro da gestão de medicamentos no SNS.....	17
2.3 A ineficiência técnica do fluxo financeiro da gestão de medicamentos do SNS...21	
III – Uma proposta de melhoria dos instrumentos de gestão financeira e de governação dos gastos em medicamentos	23
3.1 A governação dos fluxos financeiros.....	23
3.2 Os instrumentos de gestão dos fluxos financeiros	24
3.3 As melhorias na governança e nos instrumentos de gestão do fluxo financeiro ...26	
3.3.1 O Fortalecimento da gestão de tesouraria da ACSS	27
3.3.2 O <i>Spending Review</i> do fluxo financeiro da gestão de medicamentos	29
IV – Conclusões	31
Referências Bibliográficas	36
Anexo 1 - Tabelas	38
Anexo 2 – Informações para a avaliação do fluxo financeiro da gestão de medicamentos	40
Anexo 3 - Descrição das subfunções de Tesouro (<i>Back, Middle e Front Offices</i>)	41

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 MAPA DO FLUXO FINANCEIRO DA GESTÃO DE MEDICAMENTOS DO SNS.....	17
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA I DESPESA TOTAL, PRIVADA E PÚBLICA EM SAÚDE DOS UE/NHS/9 EM % DO PIB	38
TABELA II DESPESA TOTAL, PRIVADA E PÚBLICA EM SAÚDE DOS UE/NHS/9 PER CAPITA (EM PPC).....	38
TABELA III MERCADO DE MEDICAMENTOS EM PORTUGAL	39
TABELA IV PARTICIPAÇÃO DA COMPARTICIPAÇÃO DO ESTADO NO MERCADO DE MEDICAMENTOS EM PORTUGAL	39
TABELA V ANÁLISE DA DESPESA EM SAÚDE/MEDICAMENTOS VS. ÀS DESPESAS CORRENTES OE.....	39
TABELA VI COMPORTAMENTO DA DESPESA EM RELAÇÃO AO IPC AO ANO BASE DE 2012	39
TABELA VII ANÁLISE DO <i>FACTORING</i> REALIZADO ÀS FARMÁCIAS DA ANF	39
TABELA VIII MODELO CONCEPTUAL DE TESOURO PÚBLICO	42

Lista de Acrónimos

ACSS	Administração Central dos Serviços de Saúde
AdC	Autoridade da Concorrência
ADSE	Instituto de Proteção e Assistência na Doença
AFP	Associação das Farmácias de Portugal
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANF	Associação Nacional de Farmácias
APIFARMA	Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
ARS	Administração Regional de Saúde
BT	Bilhete do Tesouro
CCF	Centro de Conferência de Faturas
CFO	<i>Chief Financial Officer</i>
CGE	Conta Geral do Estado
CUT	Conta Única do Tesouro
DGO	Direção Geral do Orçamento
DGS	Direção Geral de Saúde
DL	Decreto-Lei
EPE	Entidade Pública Empresarial
EURIBOR	<i>European Interbank Offered Rate</i>
EUROSTAT	Gabinete de Estatísticas da União Europeia
FASP	Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS
FMI	Fundo Monetário Internacional
GNR	Guarda Nacional Republicana
IGCP	Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública
INE	Instituto Nacional de Estatísticas
INFARMED	Instituto Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
IPC	Índice de Preço no Consumidor
IPSAS	<i>International Public Sector Accounting Standards</i>
LCPA	Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso
LOA	Lei do Orçamento Anual
M€	Milhões de Euros
MF	Ministério das Finanças
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MS	Ministério da Saúde
NHS	<i>National Health System</i>
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAEF	Programa de Assistência Económica e Financeira
PEFA	<i>Public Expenditure and Financial Accountability</i>
PEM	Prescrição Eletrónica de Medicamentos
PIB	Produto Interno Bruto
POCMS	Plano Oficial de Contabilidade Pública do MS
POCP	Plano Oficial de Contabilidade Pública
POE	Proposta do Orçamento do Estado
PPP	Parceria Público-Privada
PR	Presidência da República
PSP	Polícia de Segurança Pública

PVP	Preço de Venda ao Público
SEC	Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNC-AP	Sistema de Normalização Contabilística para Administrações Públicas
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SPNF	Setor Público Não Financeiro
SR	<i>Spending Review</i>
TAE	Taxa anual efetiva
TAN	Taxa anual nominal
UE	União Europeia
UNILEO	Unidade de Implementação de Lei de Enquadramento Orçamental
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Resumo

O presente trabalho de projeto visa identificar e analisar a existência de ineficiência técnica na gestão financeira de pagamentos de comparticipação de medicamentos pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Portugal e apresentar propostas de melhoria da gestão financeira e governança dos gastos em medicamentos. Os pagamentos em atraso no SNS têm ocasionado externalidades negativas à economia do sector farmacêutico – à indústria, à distribuição a grosso e à dispensa de medicamentos pelas Farmácias – bem como ao Estado onerado com juros de mora. Nesse contexto, o presente trabalho analisa as iniciativas de solução implementadas nos últimos anos para pagamento a horas das despesas de medicamentos pelo SNS. Além disso, pretende identificar as falhas de governo e de mercado sob a ótica do financiamento do Orçamento do Estado via o fluxo orçamental do pagamento da comparticipação na dispensa do tratamento medicamentoso. A proposta de solução apresentada considera uma mudança de paradigma no fortalecimento da autonomia administrativa e financeira do SNS por via da gestão de tesouraria, com instrumentos de gestão financeira sobre o fluxo financeiro e não tão somente sobre o fluxo orçamental. Utilizando informações da APIFARMA e da Conta Geral do Estado foi possível estimar a ineficiência técnica da gestão atual da dívida do SNS com fornecedores no contexto do pagamento da comparticipação de medicamentos.

Palavras-chave: economia pública; fracassos de governo e de mercado; *rent seeking*; dívida pública flutuante; pagamentos em atraso; autonomia financeira; gestão de tesouraria; comparticipação de medicamentos; políticas públicas.

Abstract

The following project has as its aim to identify and analyse the presence of technical inefficiency in the Portuguese National Health System (NHS) financial management of medicine subsidization and to present potential improvements for the financial management and governance of medication spending. Arrears in the NHS have produced negative externalities for the pharmaceutical sector economy – in its industry, its wholesale distribution, and its dispensing of medication by the pharmacies – as well as to the State that is burdened with late payment interests. In this context, this project analyses solution initiatives implemented in the past years for timely payments of medication expenditure by the NHS. Furthermore, it intends to identify government and market failures through the perspective of the State's Budget financing by the budget flow of the subsidization of the dispensing of medication treatment. The proposed solution considers a shift in paradigm of the strengthening of the NHS's financial and administrative autonomy by treasury management, whose financial management instruments are employed not only in the budget flow, but also in the financial flow. Information from APIFARMA and Conta Geral do Estado enabled the estimation of the technical inefficiency of the current NHS debt management with its suppliers in the context of medicine subsidization payments.

Key-words: public economics; government and market failure; rent seeking; floating public debt; arrears; financial autonomy; treasury management; medicine subsidization; public policy.

Introdução

O acesso da população ao tratamento medicamentoso é um fator crítico de sucesso para a eficácia dos Sistemas de Saúde. Em Portugal, de entre os tratamentos de cuidados de saúde, o medicamentoso é independente da classe social e do poder aquisitivo do doente - todos têm tendencialmente acesso aos medicamentos dispensados nas Farmácias distribuídas pelo país com preços regulados e comparticipados. O direito à proteção da saúde, é um direito social, consagrado em muitas constituições. Na Constituição da República Portuguesa é referido que compete prioritariamente ao Estado “Garantir o acesso de todos os cidadãos, *independentemente da sua condição económica*, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e reabilitação” (nº 3 a) do art.º 64º, itálico nosso). Neste contexto o medicamento pode ser considerado um bem de mérito (na aceção de Musgrave), o que justifica a intervenção pública por razões de equidade.

O medicamento pode também ser encarado como um bem que possui algumas características de bem privado dada a sua característica de possibilidade de exclusão e de rivalidade no consumo, mas com externalidades positivas, pelo que deve ser considerado um bem misto. É esta caracterização que justifica, na ótica da eficiência, que haja uma provisão parcial ou totalmente pública.

Estas racionalidades de equidade¹ e eficiência justificam a adoção de uma política pública de comparticipação² do Estado na dispensa de medicamentos aos utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS), que é realizada através de financiamento do Orçamento do Estado (OE). Outra característica do medicamento em Portugal é a sua produção privada

¹ A análise da equidade visa determinar os efeitos da distribuição da carga fiscal e dos benefícios da despesa pública no bem-estar social (Pereira, 2016).

² A comparticipação do Estado é financiada por impostos via o OE e é estabelecida pelo Ministério da Saúde em termos percentuais do preço de venda do medicamento. A comparticipação aplica-se ao ato da compra do medicamento pelo utente do SNS mediante a apresentação da prescrição médica – o utente do SNS participa neste ato do pagamento com o valor referente ao percentual não comparticipado pelo Estado como copagamento.

sob regulação do Instituto Público INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde.

A gestão eficiente do SNS é uma condição necessária para a sua sustentabilidade financeira, e essencial para a própria sustentabilidade das finanças públicas. Suas ineficiências são impostos adicionais que os contribuintes pagam para a mesma quantidade de serviços de saúde ou uma menor prestação de serviços para um dado dispêndio de recursos (ou uma combinação dos dois). Deste modo, temos que identificar e corrigir estas ineficiências, bem como de forma contínua implementar melhorias na sua gestão com foco na sustentabilidade financeira.

A promoção da eficiência é um requisito da melhoria do bem-estar social. Em Economia Pública utilizam-se dois conceitos distintos de ineficiência. A ineficiência alocativa³ está presente no mercado e traduz os desvios na produção de bens públicos, mistos ou privados, em relação às preferências dos cidadãos (Eficiência de Pareto), o que acontece sobretudo no domínio dos bens públicos e mistos onde o mercado fracassa total ou parcialmente. Este é o conceito subjacente ao critério de eficiência no contexto da abordagem normativa do papel do Estado. Por outro lado, temos a Ineficiência Técnica⁴ (ou *X-inefficiency*⁵) das organizações ao gerar custos pecuniários e não pecuniários adicionais de *inputs* para a produção de um dado nível de *outputs* (Leibenstein, 1966). A Ineficiência Técnica é o resultado dos desperdícios e perda de qualidade na provisão de

³ A Ineficiência Alocativa é uma falha de mercado que gera desequilíbrio competitivo no mercado e, portanto, a equidade é posta em causa, no conceito de bem-estar social. Solucionar a ineficiência alocativa requer a adoção de políticas públicas de comando e controlo (regulação).

⁴ A Ineficiência Técnica está intimamente ligada ao desperdício de recursos públicos na provisão de um bem misto, por exemplo o medicamento. Está associada com a não utilização ótima dos recursos.

⁵ *X Inefficiency* é o conceito introduzido por Harvey Leibenstein em 1966 (Leibenstein, 1966) que postula a sua existência por haver na gestão das organizações contratos imperfeitos, problemas de desempenho, áreas inertes e improdutivas na gestão, influencia interpessoais no problema principal-agente. Este conceito é controverso segundo outros economistas, onde se destacam George Stigler (Stigler, 1976) e Leibenstein, (1978a, 1978b).

serviços, e a sua mitigação permite reduzir custos, quer na componente de governação, quer na componente financeira.

O foco deste trabalho de projeto é a análise do financiamento da gestão de medicamentos para os utentes do SNS de Portugal sob a ótica de como é gerido o fluxo financeiro que está por detrás da provisão deste bem misto, identificando as ineficiências técnicas desta gestão e propondo melhorias. Não serão analisadas as ineficiências alocativas que são inerentes às alternativas de financiamento de medicamentos quanto à identificação da origem de recursos, fixação de preços e sistemas de participação⁶.

Nos demais capítulos apresentamos: no primeiro, uma breve análise da governação e dos gastos em medicamentos no SNS Português; no segundo, uma análise dos instrumentos de gestão financeira dos gastos em medicamentos com foco na identificação das fontes de ineficiência; e no terceiro capítulo, instrumentos e técnicas que, ao serem implementadas, permitiriam sustentar uma proposta de melhoria da gestão financeira e de governança dos gastos em medicamentos.

⁶ Um excelente estudo sobre sistemas de participação pode ser encontrado na tese de doutoramento (Portela, 2009).

I - Uma análise dos gastos e da governação em medicamentos em Portugal

No Estado Social, o papel e a dimensão do tratamento medicamentoso tem um enquadramento legal que garante ao cidadão o direito de pleno acesso aos medicamentos. Neste contexto, em Portugal, é importante analisar a governação⁷ e os gastos em cuidados de saúde e, em particular, em medicamentos.

1.1 Uma análise das despesas dos sistemas nacionais de saúde na UE

Para perceber a dimensão do SNS de Portugal é importante termos uma visão macro das despesas do SNS em relação às dos demais países da União Europeia (UE), principalmente em relação aqueles onde há semelhança entre os Serviços Nacionais de Saúde (*National Health System*, NHS)⁸. Como fonte principal de análise das despesas em Saúde utilizamos o *System of Health Accounts* versão 2011 (SHA, 2011)⁹, onde analisaremos o SNS de Portugal comparativamente aos oito maiores países da UE que adotam NHS e pertencem à OCDE¹⁰ (UE/NHS/9). Sob a ótica económica, analisamos a despesa total em saúde (pública e privada) de duas formas: a primeira a despesa total em percentagem do PIB e a segunda a despesa per capita, respetivamente nas Tabelas I e II constantes do Anexo 1, com uma série histórica de 2000 até 2015.

Ao analisarmos a Tabela I, identificamos que Portugal no período de 2000 a 2012 apresenta um crescimento da despesa total em saúde em percentagem do PIB acima da

⁷ A evolução do SNS de Portugal é importante no contexto da sua governação, no entanto existem excelentes publicações que a resumem, e.g. (Arnaut, 2009; Barganha, 2002; Barros, 2012, 2013; Campos, 1985).

⁸ Serviços Nacionais de Saúde (*National Health System*, NHS), nomeadamente Reino Unido (o precursor), Chipre, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Irlanda, Itália, Letónia, Malta e Suécia

⁹ O (SHA, 2011) é adotado pela OCDE, EUROSTAT e OMS; propõe um quadro metodológico para descrever de forma sistemática os fluxos financeiros relacionados com os cuidados de saúde e tem o objetivo do SHA é descrever o Sistema de Saúde do ponto de vista das despesas, tanto para fins nacionais como internacionais.

¹⁰ Dos onze países (Reino Unido, Chipre, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Irlanda, Itália, Letónia, Malta e Suécia) excluem-se Chipre e Malta, por não fazerem parte da OCDE.

média dos países da UE/NHS/9 e superior à do Reino Unido. No entanto, no período pós- crise de 2008, há uma redução desta percentagem convergindo para a média. Cabe ressaltar que o PIB real de Portugal neste período reduziu 5,7%, o que significa que em termos nominais a despesa total em saúde teve uma contração significativa. Em Portugal, a despesa per capita em saúde é a terceira menor dos nove países analisados, superior somente a da Grécia e da Letónia. Na Tabela II é interessante compararmos Portugal e a Irlanda à média dos países da UE/NHS/9:

- No ano 2000, a despesa total de saúde per capita de Portugal e da Irlanda eram semelhantes à da média dos países EU/NHS/9, sendo que Portugal apresentava uma distribuição de 30% (despesa privada) e 70% (despesa pública), enquanto a Irlanda apresentava 22% (despesa privada) e 78% (despesa pública);
- Nos anos de 2000 e de 2015, as parcelas da despesa total de saúde per capita da média dos países UE/NHS/9 mantiveram-se em 25% (despesa privada) e 75% (despesa pública);
- Em 2015, a despesa total de saúde per capita de Portugal subiu 8% em termos nominais em relação ao ano de 2000, enquanto que a distribuição entre a despesa privada e pública mudou para 34% (despesa privada) e 66% (despesa pública). No entanto, a despesa total per capita de Portugal ficou 30% abaixo da média dos países EU/NHS/9; e
- Em 2015, a despesa total de saúde per capita da Irlanda subiu 107% em termos nominais em relação a 2000, enquanto que a distribuição entre a despesa privada e pública mudou para 30% (despesa privada) e 70% (despesa pública). No entanto, a despesa total per capita da Irlanda ficou 41% acima da média dos países EU/NHS/9.

Se analisarmos a relação Público/Privado na Despesa em Saúde verificamos que Portugal e Irlanda têm uma significativa participação privada em saúde acima da média dos países da UE/NHS/9. Ou seja, a participação privada na Despesa de Saúde ajuda a poupança dos gastos públicos, uma vez que a cobertura do SNS é abrangente à totalidade da população com indicadores de saúde¹¹.

Durante a sua evolução, o SNS de Portugal superou três períodos de reestruturação financeira do Estado com a colaboração do FMI, sendo a última também com apoio financeiro das Instituições da UE. Garantir a sustentabilidade financeira do SNS é uma condição indispensável para a defesa do modelo social, solidário e universal que se pretende – o Estado Social Português.

Para fins de gestão dos recursos públicos que financiam o SNS são definidos pelo Ministério da Saúde (MS) perímetros de consolidação de contas. No Manual de Consolidação de Contas MS 2015 estão estabelecidos três perímetros de consolidação: orçamental do MS, patrimonial do MS e patrimonial do SNS. Tal facto é justificado pela existência de uma diversidade de tipos de entidades no MS, algumas do setor público administrativo e outras do setor empresarial do estado, algumas pertencentes ao MS e outras ao SNS. Neste Manual também são estabelecidos os métodos e regras de consolidação à luz do Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP)¹² - na Saúde o POCMS. A entidade mãe (consolidante) é a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) para todos os três perímetros de consolidação.

1.2 Uma Análise de Mercado e dos Gastos do SNS em Medicamentos

De acordo com a informação propiciada pelo INFARMED - tendo como fonte de informação o INE, a DGO/MF e a OCDE, analisaremos nesta seção as informações

¹¹ vide *benchmarking* no Portal do SNS: <http://www.dgs.pt/dashboard/>.

¹² aprovado pelo DL n° 232/97, de 13 de Setembro

constantes das Tabelas¹³ III, IV, V e VI, constantes do Anexo 1. As duas primeiras apresentam os volumes financeiros do Mercado de Medicamentos em Portugal; a terceira apresenta a Distribuição da Despesa em Saúde e Medicamentos pelo Mercado Farmacêutico e a Tabela VI apresenta o Comportamento das Despesas em Saúde e Medicamentos em relação ao IPC.

Conforme consta da Tabela III, de 2010 a 2013 houve um crescente número de emissão de receitas pelos médicos na ordem de 9,8 milhões de novas prescrições de receitas, todas conferidas pelo Centro de Conferência de Faturas (CCF) da ACSS. O Mercado de Medicamentos apresentou uma forte contração de 2010 a 2012 - na ordem de 21% nas compras pelo Setor Público e de 53% no Setor Privado. A partir de 2012 fica estabelecido o novo patamar de 1,9 M€ como encargo público e, no setor privado, as compras de 2012 até 2014 aumentaram em mais 86%. Tal facto é explicado na Tabela IV e é devido a incorporação, a partir de 2013, dos subsistemas da ADSE, das Forças Armadas e das Polícias (GNR e PSP) no SNS – vide anotação (a) na Tabela IV. Cabe ressaltar que o subsistema do Ministério da Justiça terminou em 2011, transferindo também os seus beneficiários para a ADSE – vide anotação (b) na Tabela IV. No entanto, apesar do aumento da abrangência dos beneficiários no SNS, a parcela relativa aos encargos do SNS tem uma contração de 9,8 pontos percentuais de 2010 a 2012, estabilizando-se no patamar de 50% da cota de mercado, com um aumento de 4 pontos percentuais na parcela paga pelos Utentes do SNS na aquisição dos medicamentos. Este comportamento do mercado tem reflexos na despesa em saúde e em medicamentos financiada com recursos públicos e privados. A Tabela V apresenta de forma clara como a despesa privada em saúde manteve-se estável de 2010 a 2014, enquanto a despesa pública contrai no mesmo período

¹³ Fonte: Estatística do Medicamento e Produtos de Saúde de 2014, documento publicado em 13 de novembro de 2015 no site do INFARMED.

9% - o equivalente na contração do Mercado exposta na Tabela III. Ao analisarmos a despesa pública em medicamentos na Tabela V constatamos que apresenta uma contração na ordem de 28% no período de 2010 a 2014, sendo que em 2012 esta despesa representava 4% das despesas correntes no OE e, em 2013 e 2014, fica na ordem de 2% das despesas correntes do OE.

Na Tabela VI podemos analisar o comportamento da despesa em saúde em medicamento e as despesas correntes do OE em relação ao IPC específico. Adotamos o ano base de 2012, onde a contração da despesa apresenta-se significativa e, nos anos seguintes, identifica-se uma estabilização das despesas em novos patamares. Algumas observações a partir da Tabela VI são relevantes de serem destacadas: (i) O IPC da Saúde aumenta enquanto há uma forte contração no mercado farmacêutico e nas compras em Saúde pelo SNS, sobretudo até 2012, sem aumento do Setor Privado ou dos demais tipos de medicamento (medicamentos não sujeitos a receita médica - MNSRM); (II) O IPC de Medicamentos apresenta o mesmo comportamento, para além de identificar uma forte redução de preços de 2010 a 2012, talvez pela negociação do Governo ou por atuação do INFARMED; e (iii) A Despesa Corrente do OE mantém-se equilibrada em relação ao IPC Total, tal facto pode ser devido ao papel da política orçamental no nível de preços – este facto, entretanto, não será objeto deste trabalho.

1.3 A governação da gestão de medicamentos no SNS

O MS é o órgão máximo responsável pela gestão do SNS composto por serviços e estabelecimentos oficiais prestadores de cuidados de saúde, designadamente: os agrupamentos de centros de saúde; os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação; e as unidades locais de saúde.

O MS exerce poderes de superintendência e tutela sobre todos os serviços e

estabelecimentos do SNS, independentemente da respetiva natureza jurídica e de acordo com o DL n.º 357/82, de 6 de setembro, tem autonomia administrativa e financeira. O MS também possui órgãos que não fazem parte do SNS.

O Órgão responsável pela Governação da Gestão de Medicamentos é o MS, onde várias entidades, de forma coordenada e integrada, respondem por quatro funções específicas, nomeadamente: (i) a regulamentação do medicamento de uso humano; (ii) a logística (aquisição, distribuição e dispensa) de medicamentos; (iii) a prescrição de tratamento medicamentoso aos pacientes; e (iv) o financiamento por via da orçamentação do OE.

1.3.1 A regulamentação do medicamento de uso humano

O INFARMED autoriza a comercialização e utilização de um medicamento de uso humano em Portugal, regulando e emitindo a autorização de introdução do medicamento no mercado nacional. O INFARMED se faz presente em todas as fases do ciclo de vida de um medicamento, contemplando a atuação conjunta dos diversos intervenientes privados (Fabricantes, Distribuidores, Prescritores, Farmácias e Utilizadores), das entidades que compõem o SNS e as farmácias comunitárias. O INFARMED realiza dois tipos de avaliações: técnico-científica (Investigação e Desenvolvimento; Ensaios Clínicos; e Autorização) e económica de participação (Fabrico; Distribuição a grosso; Prescrição; Dispensa; e Utilização).

1.3.2 A logística (aquisição, distribuição e dispensa) de medicamentos aos cidadãos

A Distribuição por Grosso é definida pela atividade de abastecimento, posse, armazenagem ou fornecimento de medicamentos destinados à transformação, revenda ou utilização em serviços médicos, unidades de saúde e farmácias, excluindo o retalho. O fornecimento ao público (dispensa) se faz por via de Farmácias que fazem a aquisição dos medicamentos na distribuição por grosso. A dispensa de medicamentos ocorre nas

Farmácias, nas Farmácias Hospitalares e nos Serviços Médicos prestados nos Hospitais na modalidade de tratamento médico.

1.3.3 A prescrição para a dispensa de medicamentos aos pacientes

Os medicamentos de uso humano são tipificados basicamente pela necessidade ou não de prescrição de receita médica (MNSRM), sempre realizada por um médico via o Sistema de Prescrição Eletrônica cujas especificações são coordenadas pelo INFARMED e estabelecidas pelo SPMS¹⁴. O cidadão com a posse da prescrição médica busca nas Farmácias o seu medicamento, onde é realizada a dispensa do mesmo mediante pagamento ou co-pagamento no ato da compra. Se o medicamento comprado for participado pelo Estado e o destinatário do medicamento for utente do SNS, na compra é aplicado o desconto relativo à participação do Estado e o utente faz o co-pagamento, caso contrário o pagamento é integral.

As Farmácias, junto às Distribuidoras, têm em média tem 40 dias de prazo de pagamento. O recebimento da participação do Estado se faz pela faturação da Farmácia à ARS com o devido envio da documentação de suporte ao CCF da ACSS para análise, conferência e posterior ajuste de inconsistências. O pagamento das faturas conferidas é realizado diretamente pela ARS com a contabilização de custos na respectiva ARS à qual a Farmácia está geograficamente estabelecida. Este procedimento é mensal e estabelecido pela ACSS¹⁵ com os seguintes prazos: até o dia 10 as Farmácias devem entregar as faturas à ARS e a documentação sobre a faturação à CCF; até o dia 25 as faturas são conferidas e processadas pela CCF; as inconsistências identificadas são resolvidas pela Farmácia e

¹⁴ Prescrição eletrônica de medicamentos (PEM) preconizado pela Normas Técnicas relativas aos Softwares de Prescrição de Medicamentos e Produtos de Saúde elaborado pelo Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS EPE)

¹⁵ DL 242-B/2006 atualizado pelo DL 106-A/2010 e o Manual de Relacionamento das Farmácias com o Centro de Conferência de Faturas do SNS – ACSS, julho de 2015

esta deverá remeter até ao dia 10 do mês subsequente a nota de débito ou crédito regularizadora dos erros e diferenças identificados pelo CCF.

Com o desequilíbrio entre o fluxo de caixa de pagamentos e recebimentos, as Farmácias associadas à ANF têm a possibilidade de obter o adiantamento dos recursos por via de instrumento financeiro de *factoring* junto a Finanfarma, Sociedade de *Factoring*, S.A. Atualmente a Finanfarma antecipa o fluxo de recebimentos das Farmácias a uma taxa anual efetiva (TAE) de 8,5% em contrapartida à entrega dos recebíveis, passando a Finanfarma a ser o credor perante à ARS. Este processo é responsável por 97% da comercialização de medicamentos em Portugal. No entanto, existem três tipos de exceções a este processo: os dois primeiros referem-se à dispensa de medicamentos diretos nos hospitais do SNS, nos atos de internação ou de hospital de dia (observação em hospital por menos de 24 horas); e o terceiro refere-se às terapêuticas especiais (VIH/SIDA, Esclerose Múltipla, Oncologia etc..). Nos dois primeiros tipos de exceção, a dispensa de medicamentos está incluída no ato do tratamento médico, fornecido pela Farmácia Hospitalar, cujo pagamento é realizado pelo Hospital pela modalidade de Pagamento por Pacote ou Integrado, por via do Contrato-Programa estabelecido entre o Hospital e a ARS. Quanto ao terceiro tipo de exceção, relacionado às terapêuticas especiais, devido aos elevados custos do tratamento medicamentoso e a sua especificidade de controlos médicos na utilização pelo paciente, o INFARMED e a ACSS estabelecem procedimentos específicos para o financiamento e controlo da dispensa dos medicamentos exclusivamente pelas Farmácias Hospitalares.

1.3.4 O financiamento da gestão de medicamentos pelo OE

O financiamento da comparticipação dos medicamentos é operacionalizado da mesma forma que as demais despesas do SNS, tendo como base o processo orçamental. Na

preparação do OE o MF estabelece um teto orçamental¹⁶ para o MS e a ACSS assessora o MS na negociação deste teto durante todo o processo de preparação da Proposta do OE. Este teto é a base da elaboração das propostas de orçamento dos Hospitais e das ARS (no caso das despesas de participação de medicamentos das Farmácias) que são enviadas à DGO. Em simultâneo, ocorre a negociação dos Contratos-Programa¹⁷ dos Hospitais com a ARS. Ambos os processos estão sob a coordenação da ARS visando à consistência entre as necessidades de financiamento do SNS e os tetos estabelecidos. Nesta fase da preparação da POE, os tetos orçamentais estabelecidos pelo MF são negociados pelo MS junto ao Conselho de Ministros a fim de suprir as necessidades de financiamento do SNS. A POE é aprovada na AR incluída na LOA e promulgada pelo PR. Promulgada a LOA, o MF aplica os cativos¹⁸ estabelecidos pela AR e a ACSS cabimenta 50% da dotação disponível de todos os Hospitais e, mensalmente, em média um duodécimo¹⁹ é processado e pago para a ACSS, que constitui um fundo de tesouraria para transferir recursos às entidades do SNS por via dos contratos-programa e por via dos contratos de PPP existentes.

¹⁶ O teto orçamental é por fonte de financiamento e natureza da despesa (classificação económica).

¹⁷ As elaborações dos contratos-programa são operacionalizadas pelas ARS, sob a coordenação da ACSS, para cada uma das suas entidades supervisionadas. A assinatura destes contratos programas são realizadas após a aprovação do Secretário de Estado da Saúde à luz da capacidade de financiamento da LOA informada pela ACSS. No caso das PPP, as regras estabelecidas em cada contrato estabelecem as necessidades de financiamento, e como compromisso plurianual firmado, deve ser atendido pelo OE.

¹⁸ Por norma da LOA não tem existido cativação na despesa de saúde.

¹⁹ A base duodecimal foi substituída pelo cálculo dos fundos disponíveis - Lei n.º 8/2012, Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA) regulamentada pelo DL n.º 127/2012.

II - Análise dos instrumentos de gestão financeira dos gastos em medicamentos

O mapeamento do fluxo financeiro²⁰ da gestão de medicamentos consiste na identificação dos instrumentos²¹ de gestão financeira atualmente em uso e dos seus pontos de controlo para a gestão de tomada de decisão a partir das informações registadas em eventos económicos e financeiros. A análise dos fluxos financeiros pode detetar a existência de ineficiências técnicas por causas estruturais tais como: má gestão do fluxo financeiro por falta de projeção e controlo de caixa ou má gestão dos sistemas de controlo de emissão de receituário e dispensa de medicamentos. Também podem ser por causas conjunturais, estas só detetadas de forma temporária (por exemplo em consequências de cortes orçamentais no financiamento anual ou suborçamentação). As consequências das ineficiências técnicas representam desvios no fluxo financeiro, tais como: Pagamentos em Atraso ou Dívida Vencida aos Fornecedores pelo lado da procura e, pelo lado da oferta, aumento de preços dos medicamentos no Mercado pela incorporação das ineficiências técnicas nos custos de transação.

2.1 Fatos relevantes na governação de medicamentos a partir de 2005²²

Em 2005 houve a discussão sobre a liberalização da propriedade de Farmácia pela Autoridade da Concorrência (AdC). Em 2006 foi emitida pela AdC a Recomendação 1/2006 sobre a reforma da regulamentação da atividade das farmácias, visando a promover a concorrência no sector. Esta recomendação apresentou um estudo do mercado das farmácias em Portugal onde foram destacados os seguintes pontos:

²⁰ Consideramos fluxo financeiro o fluxo de caixa, realizado e previsional, de todas as movimentações de recursos financeiros.

²¹ Consideramos instrumentos de gestão financeira: conta-corrente de depósito de recursos financeiros, aplicações e créditos financeiros e reserva em numerário.

²² Os factos relevantes estão publicados nas CGE dos anos de 2005 a 2015 com a visão de Estado e, também citados no dossiê da Revista Farmácia Portuguesa, edição nº 173, janeiro/fevereiro de 2008, páginas 12-19, com uma visão do Setor Privado

- “Sobre a comercialização: (i) No retalho, os medicamentos de venda exclusiva em farmácia têm a margem fixada administrativamente em 19,15%, sendo legalmente proibida a prática de descontos; (ii) Na distribuição a grosso, a margem é fixada em 7,45%; e (iii) A integração vertical do retalho e da distribuição é da ordem de 27%, com perspectiva de atingir 65% do mercado grossista via fusões & aquisições”;
- “Sobre o forte associativismo na ANF - com 98% das farmácias, tendo na segunda posição a AFP (Associação das Farmácias de Portugal): (i) A posição da ANF é potenciada pelo Acordo²³ MS/ANF para a intermediação financeira com as Farmácias dado o recorrente atraso de pagamentos pelo Estado; (ii) A ANF centraliza o recebimento das comparticipações de medicamentos mediante uma taxa de 1,5% do total das comparticipações e faz o pagamento em dia às farmácias; (iii) Esta situação confere à ANF fortes poderes negociais *vis a vis* os reguladores setoriais, que têm dificuldades em adoptar medidas de reforma ao sector”.

A conclusão desta Recomendação da AdC cita “a existência de uma margem de 27% do preço final dos medicamentos para as Farmácias - dado que estas também se associaram em cooperativas de distribuição tendo controle de cerca de 60% do mercado grossista (o clássico problema de *Rent Seeking*). Também é recomendado ao Governo a liquidação da dívida do Estado à ANF, substituindo-a por dívida pública com um custo menor ao praticado pela ANF ou pelo setor bancário”.

Entretanto, a partir de 2006 podemos observar no marco legal do SNS importantes mudanças na gestão do fluxo financeiro de gastos com medicamentos (pagamento da comparticipação) e alguns factos relevantes merecem ser destacados para o contexto deste trabalho de projeto:

²³ Anexo ao Despacho nº 25.101/2003, do MS publicado no DR II série, nº 301 de 31.12.03.

- O DL nº 242-B/2006 e a Lei do OE de 2006 que extinguem o Acordo entre a ANF e o MS estabelecido no Despacho do MS nº 25.101/2003;
- A constituição pela ANF da Finanfarma Sociedade de *Factoring* S.A., vocacionada para a compra de créditos e o financiamento das farmácias associadas;
- O DL nº 242-B/2006 como impulsionador das melhorias para sanar as ineficiências técnicas existentes na emissão de receituário eletrónico e a sua integração com o processo de dispensa do medicamento pelas farmácias;
- O DL nº 185/2006 que cria o Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS (FASP)²⁴ para emprestar recursos às entidades do SNS para que estas paguem em dia as faturas das participações de medicamentos. A principal fonte de financiamento do FASP, no momento de sua criação, é a sua capitalização por via de subscrição de unidades de participação com recursos do Tesouro. O DL nº 228/2008 que “alarga o âmbito do DL nº 185/2006 para que o FASP possa atender também à aquisição de todos os bens e serviços de todas as entidades do SNS”;
- A Resolução nº 191-A/2008 do Ministério das Finanças e da Administração Pública que aprova o Programa de Regularização Extraordinária de Dívidas da Administração Pública e reestrutura o FASP, “permitindo aos hospitais integrados no Sector Empresarial do Estado a participação no capital do FASP através da subscrição de unidades de participação no valor de 600 M€ em dezembro de 2008”;
- O Ministério das Finanças e da Administração Pública regulamentou o FASP via a Portaria nº 1369-A/2008, delineando os seguintes procedimentos para a concessão de empréstimos: (i) “As Entidades do SNS apresentam o montante da dívida a

²⁴ O objeto do DL nº 185/2006: “com a natureza de património autónomo sem personalidade jurídica, tendo como objeto o apoio ao sistema de pagamentos aos fornecedores do SNS relativos à participação de medicamentos e prestações de saúde realizadas em regime de convenção, mediante a realização de pagamentos por conta e posterior reembolso das instituições e serviços do MS”.

fornecedores que pretendem pagar até o dia 3 de cada mês. A ACSS valida os montantes a pagar com recurso ao FASP até ao dia 8 do mês, notificando o FASP do montante a transferir a cada instituição e serviço do SNS. Os adiantamentos (empréstimos) realizados pelo FASP devem ser liquidados (reembolsados ao FASP) no prazo máximo de 180 dias. O FASP por estes empréstimos aplica uma taxa correspondente à EURIBOR a um mês acrescida de 5 pontos base a título de remuneração devida pelas entidades do SNS”; e (ii) “Ao FASP é permitido contrair empréstimos caso os recursos próprios disponíveis sejam insuficientes”;

Uma análise nos Pareceres da Conta Geral do Estado (CGE) emitidos pelo Tribunal de Contas de Portugal para os anos de 2006 a 2015 demonstra o impacto dos pagamentos em atraso no SNS e da gestão do FASP nas finanças públicas de Portugal. Durante os oito anos de existência do FASP, este foi um instrumento de gestão orçamental capitalizado por via da subscrição de suas unidades de participação realizadas com transferências diretas do tesouro e com recursos oriundos do OE das entidades do SNS. Os recursos do FASP emprestados às entidades do SNS geraram endividamento destas em prol de uma solução para os pagamentos em atraso de fornecedores do SNS.

Em resumo, constataram-se dois problemas neste instrumento de gestão: (i) A suborçamentação das despesas dos Hospitais que não estavam na sua totalidade no OE (entidades fora do perímetro orçamental, despesa extra orçamental); e (ii) a capitalização não sustentável do FASP dado que esta se constituiu, em sua maior parte, por recursos oriundos de desvios na orçamentação²⁵. Todavia, também se constata nos Pareceres

²⁵ Citação da CGE 2008: “O referido Fundo consistiu num mecanismo, mediante o qual, as entidades do sector empresarial do Estado procederam à subscrição e realização de unidades de participação beneficiando em contrapartida de adiantamentos monetários. Porém, para a capacidade de subscrição e realização das unidades de participação por parte destas entidades, muito contribuíram os elevados saldos de tesouraria obtidos por via das dotações de capital realizadas pelo Estado, que se encontravam afetas à concretização de projetos de investimento. Das injeções de capital (1.495 M€) realizadas pelo Estado, entre 2002 e 2008, 1.066,9 M€ não tiveram qualquer impacto no défice das administrações públicas, tendo sido classificadas como operações financeiras. Assim, o

supracitados que o reembolso dos empréstimos não ocorreu conforme esperado, tendo levado à extinção do FASP nos termos do DL n° 188/2014.

2.2 O Mapa do fluxo financeiro da gestão de medicamentos no SNS

O foco deste trabalho está na análise do fluxo financeiro da gestão de medicamentos do SNS, definido pela dispensa do tratamento medicamentoso aos cidadãos, em particular aos utentes do SNS que possuem a comparticipação financiada pelo OE.

Para a análise proposta neste trabalho caracterizamos o fluxo financeiro que perpassa as seguintes entidades públicas e privadas: DGO, IGCP, ACSS, ARS, Hospitais, Farmácias Hospitalares, Farmácias e Finanfarma (ANF). Todas estas entidades são agentes que influenciam as decisões sobre o fluxo financeiro da gestão de medicamentos do SNS no contexto da governação da gestão do medicamento considerando as quatro funções específicas do MS, citadas no capítulo anterior.

A Figura 1 apresenta o fluxo financeiro da gestão de medicamentos do SNS e os seis pontos que representam as quatro funções específicas do MS em sua governança sobre a gestão dos medicamentos no SNS.

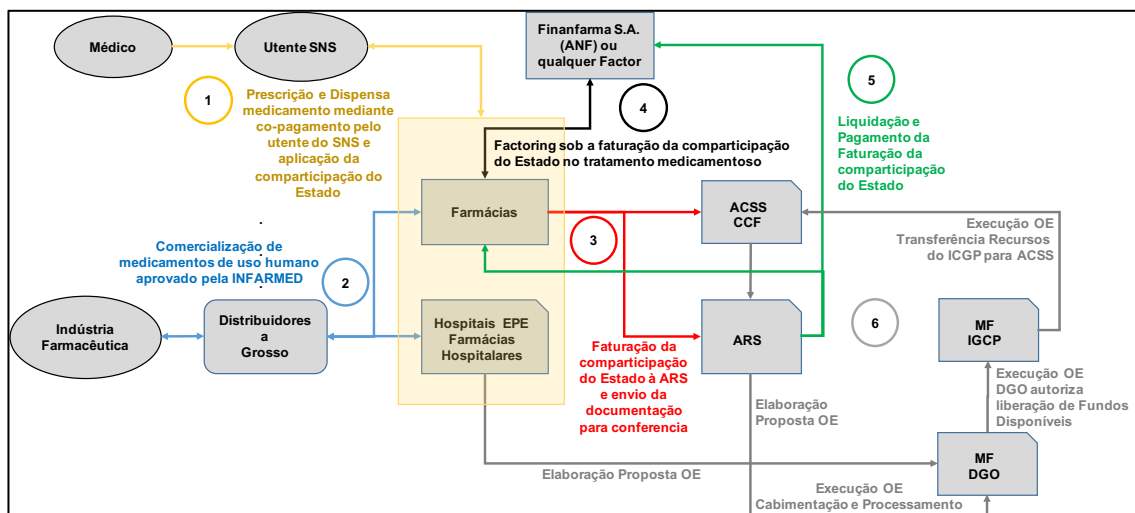


FIGURA 1 MAPA DO FLUXO FINANCEIRO DA GESTÃO DE MEDICAMENTOS DO SNS

“desvio” da utilização de meios financeiros, que se destinavam inicialmente a financiar investimentos, para acorrer à dívida corrente, conduziu à redução dos prazos médios de pagamentos, mas de forma impossível de manter a não ser através de futuras e sucessivas injeções de capital por parte do Estado. A alternativa era reestruturar as EPE por forma a reformar as respectivas economias”.

É importante ressaltar que todo o processo de comparticipação se inicia com a prescrição pelos médicos ao paciente do tratamento medicamentoso, representado pelos dois fluxos em amarelo, referenciados no ponto 1 na Figura 1. Este facto é sempre realizado em Sistema Informático do SNS, quer o médico seja do âmbito público ou privado, para os utentes registados no SNS. O volume de tratamento medicamentoso prescrito é maior que o volume de tratamento medicamentoso dispensado pelas Farmácias, e é relevante de ser considerado este facto no Fluxo Financeiro da Gestão de Medicamento do SNS pois podemos identificá-los como uma pressão de procura reprimida ou uma ineficiência técnica que tem sido gerida pela inovação tecnológica implementada nos últimos anos no SNS com o receituário eletrónico e sua integração com o sistema de dispensa de medicamentos nas Farmácias.

A logística que determina a comercialização de medicamentos de uso humano aprovada pelo INFARMED está representada no ponto 2 na Figura 1 pelos três fluxos em azul que, de forma sucinta, expressam os seguintes procedimentos: (i) O INFARMED autoriza a comercialização do medicamento em Portugal; (ii) A DGS estabelece o tratamento medicamentoso associado a um tratamento terapêutico no SNS; (iii) As Farmácias e os Hospitais EPE - estes de acordo com as necessidades das Farmácias Hospitalares, fazem as aquisições de medicamentos às Distribuidoras a Grosso; (iv) As Distribuidoras a Grosso emitem faturas às Farmácias com prazo de cobrança de 40 dias; e (v) As Farmácias e os Hospitais EPE pagam as faturas às Distribuidoras.

A faturação da comparticipação do tratamento medicamentoso pelas Farmácias ao SNS está assinalada pelos dois fluxos em vermelho no ponto 3 na Figura 1 que, de forma resumida, têm os seguintes procedimentos representados: (i) As farmácias emitem faturação à ARS sobre a comparticipação do Estado na venda de medicamentos e enviam

documentos comprobatórios desta faturação à CCF/ACSS; (ii) Os hospitais EPE incluem na faturação dos contratos-programa as despesas²⁶ na dispensa de medicamentos; e (iii) A CCF confere a faturação à luz dos documentos recebidos.

As farmácias - em particular associadas da ANF, têm a possibilidade de receber adiantado os recursos financeiros por intermédio de instrumentos financeiros de *factoring* sob a faturação da comparticipação do Estado no tratamento medicamentoso com a empresa privada Finanfarma. O ponto 4 na Figura 1, com o fluxo na cor preta, representa de forma sucinta esta opção de financiamento: as Farmácias podem recorrer ao *factoring* oferecido por qualquer empresa de *factoring* do sistema financeiro supervisionado pelo Banco de Portugal para antecipar as receitas de faturação à ARS, sendo que, neste caso, o credor da faturação perante a ARS passa a ser a empresa de *factoring*.

A liquidação e o pagamento da faturação da comparticipação do Estado no tratamento medicamentoso são realizados pela ARS com recursos financeiros transferidos²⁷ da ACSS e está assinalado no ponto 5 da Figura 1 com os dois fluxos na cor verde. De forma resumida, este representa que, após a conferência da faturação da Farmácia pela CCF, a ACSS transfere para a ARS o valor financeiro referente às conferências realizadas com sucesso para que esta faça o pagamento das faturas ao credor.

O financiamento de todo o processo de comparticipação é realizado pelo OE em seus ciclos de elaboração e execução. Neste contexto, o ponto 6 na Figura 1 expressa nos quatro fluxos na cor cinza a elaboração da Proposta do OE e a execução do OE. De forma muito sucinta a elaboração do OE tem os seguintes fluxos: (i) Os Contratos-programa entre a ACSS, os Hospitais EPE (ou Centros Hospitalares) e a ARS do respetivo território

²⁶ A dispensa de medicamentos nos Hospitais são 100% comparticipadas pelo Estado.

²⁷ A ACSS centraliza os recursos para pagamento de medicamentos como forma da gestão garantir que as ARS não os utilizem para outros pagamentos de despesas.

preveem um financiamento variável das despesas em medicamentos²⁸ e a necessidade de reembolso das participações na dispensa de tratamento medicamentoso aos seus pacientes; (ii) Os Hospitais EPE enviam para a DGO a sua Proposta de OE; e (iii) Cada ARS faz a agregação das necessidades de despesas para suportar a participação dos medicamentos dispensados pelas Farmácias do respetivo território e envia à DGO a Proposta de OE. Por seu lado, e de forma resumida, a execução do OE tem os seguintes fluxos: (i) A ARS emite a cabimentação e o processamento da despesa em medicamento baseada na faturação conferida pela CCF; (ii) A ACSS consolida as necessidades de libertação mensal de fundos disponíveis para as ARS pagarem os gastos de medicamento e faz a solicitação de transferência à DGO; (iii) A DGO analisa a libertação de fundos disponíveis baseada no processo de cabimentação e processamento da despesa; (iv) a partir desta análise a DGO dá instrução ao IGCP para a transferência de recursos financeiros à ACSS; (v) a ACSS centraliza a distribuição dos recursos financeiros para pagamento de medicamentos pelas ARS de forma que estas não priorizem estes recursos para pagar outras despesas; e (vi) A ACSS transfere os recursos para a ARS, que faz o pagamento ao credor²⁹.

O processo de orçamentação é mais complexo do que o referido. Todavia para análise das ineficiências técnicas é suficiente a simplificação adotada. De qualquer modo, neste ponto de controlo do fluxo, parece inequívoca a possibilidade de existência de alguma suborçamentação, conforme apresentado na página 79 do Parecer da CGE de 2015. Esta provavelmente resulta do facto de após se fazer a consolidação das intenções de despesa das ARS, da ACSS e dos outros organismos do MS, o valor global a que se chega é usualmente superior ao teto orçamental do MS decidido em Conselho de Ministros.

²⁸ Ver por exemplo artº 13º f) do contrato programa 2017-19 com centro hospitalar de Setúbal EPE.

²⁹ Hospital EPE ou Farmácia ou empresa emissora do *factoring*

Havendo necessidade de ajustar as propostas de orçamento há rubricas (como o pessoal) em que é difícil haver cortes, pelo que é geralmente na aquisição de bens e serviços (nos medicamentos em particular) em que esse corte é feito. Não sendo central neste estudo, esta temática será abordada novamente nas conclusões.

2.3 A ineficiência técnica do fluxo financeiro da gestão de medicamentos do SNS

Para avaliar a ineficiência técnica do fluxo financeiro apresentado na Figura 1 necessitamos identificar os valores e prazos decorridos em cada um dos pontos de controlo dos instrumentos de gestão financeira. O Anexo 2 apresenta quais são as informações importantes de serem monitoradas em cada ponto de controlo.

Identificar estas informações é uma tarefa difícil enquanto não existir um sistema de informação de fluxo de caixa a registar estes pontos de controlo, a cada momento e de forma individualizada para cada instrumento de gestão financeira. Sem um sistema integrado, a consolidação destas informações é uma tarefa demorada e não fiável dada a assimetria de informação existente entre os entes do SNS. Provavelmente por esta razão é que estas informações não estão disponíveis na DGO e nem na ACSS de forma completa.³⁰ A ANF pode, em parte, ter acesso a estas informações no lado da distribuição a grosso e da gestão das farmácias por via dos sistemas de informação providos pela GLINTT - Global Intelligent Technologies, S.A.

No contexto deste trabalho, devido à indisponibilidade destas informações, utilizaremos para estimar o custo da ineficiência técnica do fluxo financeiro da gestão de medicamentos somente o custo financeiro relacionado ao não pagamento em dia da faturação da comparticipação pelas farmácias à ARS. Para este cálculo consideramos a

³⁰ Apenas tivemos disponibilidade numa fase tardia da elaboração deste projeto de alguns dados da ACSS, que agradecemos. Porém, eram dados parciais, que não puderam ser utilizados.

disponibilidade de informação das Contas de Resultado da Finanfarma, que representa o instrumento de gestão financeira de *factoring* de até 97% das farmácias associadas da ANF. A Tabela VII, constante do Anexo 1, apresenta uma análise do *factoring* às Farmácias associadas à ANF (97% das Farmácias existentes em Portugal)³¹ a partir das informações publicadas nos Relatórios de Contas da Finanfarma S.A.

A partir dos números da Finanfarma é possível estimar que o custo financeiro das Farmácias por não receber a tempo a faturação da comparticipação de medicamentos foi de 7,4% em 2014, 5,1% em 2015 e 8,5% em 2016. Da mesma forma, podemos estimar que a ineficiência técnica do SNS pelo não pagamento em dia da faturação da comparticipação pelas farmácias às ARS foi de 0,7% da despesa de medicamento, considerando que a despesa pública em medicamentos do ano de 2014 foi de 1.170,35M€ (Tabela V do Anexo 1).

Segundo informações obtidas no site da Finanfarma SA, as operações de crédito de *factoring* em 2017 (a partir de 1 de setembro) têm a taxa anual nominal (TAN) da EURIBOR a 1, 2, 6 e 12 meses mais o *spread* de (3 a 8%) e a taxa anual efetiva (TAE) de 8,5%.

Para o cálculo da ineficiência técnica do fluxo financeiro da gestão do medicamento é importante analisarmos os prazos e valores de uma forma integrada com uma visão financeira do fluxo de caixa. Informações da APIFARMA (2017), publicadas no seu sítio da internet, mostram que os prazos médios de pagamento (prazos médios de recebimento na perspetiva da indústria farmacêutica) dos hospitais do SNS à indústria farmacêutica no período de 2010 a 2015 foram superiores a 375 dias, tendo o pico de 500 dias em 2012

³¹ Fonte de Informação: duas empresas (Alliance Healthcare na área de distribuição a grosso e Finanfarma na área de serviços financeiros) que a ANF é sócia através da empresa do seu grupo denominada Farminveste – Investimentos, Participações e Gestão, S.A.

e a mediana 476 dias. Também mostram que a dívida das entidades hospitalares públicas que integram o SNS neste mesmo período foi superior a 437 M€, tendo o pico de 1.005 M€ em 2011 e a mediana de 688 M€.

III – Uma proposta de melhoria dos instrumentos de gestão financeira e de governação dos gastos em medicamentos

A dificuldade em monitorar o fluxo financeiro para registar valores e prazos no fluxo de caixa é o principal problema para o qual propomos uma melhoria neste trabalho. Atualmente temos somente a informação do fluxo orçamental, e esta informação nos permite fazer uma análise *ex-post*, pontual ou evolutiva, dependendo da disponibilidade oportuna da informação e do grau de detalhe disponível. Esta informação é fundamental e importante para gerir os gastos, mas não é suficiente para monitorar e mitigar a ineficiência técnica que advém do fluxo financeiro.

3.1 A governação dos fluxos financeiros

O fluxo orçamental é definido pelas fases da receita e da despesa. Tem como princípio norteador a democratização dos ciclos de formulação e de execução do seu produto final - o Orçamento do Estado, com transparência e controlo. O fluxo orçamental prioriza a alocação dos recursos públicos arrecadados por tributos pagos pela sociedade e a transparência orçamental que tem por objetivo dar respostas da utilização destes recursos em prol da sociedade. Técnicas de Orçamentação baseadas em gestão de políticas públicas alinhadas a resultados são fundamentais para a monitorização dos fluxos orçamentais. Neste sentido temos a orçamentação por resultados e a contabilidade de custos como instrumentos de gestão de alto valor agregado.

Enquanto o fluxo orçamental tem os seus atos e factos (eventos económicos) registados na contabilidade pública e consolidados na contabilidade nacional, o fluxo financeiro dos

recursos públicos é gerido pelo Tesouro (com a gestão de ativos e passivos financeiros e a gestão de tesouraria) e, no sistema financeiro, pela supervisão do Banco Central por via de vários instrumentos de gestão financeira que utilizam os meios de pagamentos existentes.

O fluxo financeiro existe em consonância com o fluxo orçamental e é no mínimo duas vezes maior que o OE, não tendo, na maioria do seu percurso, a devida supervisão do Ministério das Finanças (MF). Este fluxo financeiro de forma resumida compreende: a arrecadação de receitas; o pagamento de despesas; a realização de transferências; a gestão de tesouraria e a gestão de ativos e passivos financeiros. Neste contexto de supervisão o que encontramos é uma relação assimétrica de informação entre os agentes que participam na gestão do fluxo financeiro: a Autoridade Tributária, o Tesouro, a ACSS, o Banco de Portugal, os ministérios setoriais com suas entidades descentralizadas e as empresas públicas. Um exemplo clássico de informação assimétrica está relacionado às transferências do OE que, a partir de seu processamento no fluxo orçamental, o fluxo financeiro não é mais visível pelo MF. Caso exista uma consolidação contabilística em base de acréscimo de cobertura do Setor Público Não Financeiro³² (SPNF), podemos obter informação *ex-post* do fluxo financeiro sempre como fato consumado³³, ou seja, não de forma oportuna para a tomada de decisão.

3.2 Os instrumentos de gestão dos fluxos financeiros

O instrumento básico de gestão financeira é o *cash pooling*³⁴, que permite a racionalização da disponibilidade dos recursos financeiros públicos com fungibilidade,

³² Em Portugal o SPNF é composto pelo Setor Público Administrativo e o Setor Empresarial do Estado não pertencente ao setor bancário.

³³ Aqui é que aparecem por exemplo os saldos de gerência e os recursos próprios arrecadados e não reportados.

³⁴ *Cash Pooling* é o instrumento de racionalização dos recursos financeiros utilizados pelos CFO (*Chief Financial Officer*) das empresas privadas para centralização da gestão de tesouraria em multinacionais.

estabelecendo o que conceituamos por unidade de caixa ou de tesouraria, ou ambos. O conceito de unidade de caixa ou de tesouraria é sempre estabelecido em marco legal das finanças públicas e tem a tutela do Tesouro. O *cash pooling* permite que os recursos financeiros depositados em diversas contas bancárias, em bancos distintos, tenham uma visão única de saldo, implementando uma estrutura de *zero balance* ao fim do dia. Com este instrumento é possível gerir a necessidade de caixa com fungibilidade entre contas bancárias. Em finanças públicas os instrumentos de *cash pooling* são denominados de Conta Única do Tesouro (CUT) e servem para garantir o controlo da liquidez com a centralização do stock de recursos financeiros, utilizando técnicas de *cash management*³⁵. Existem várias formas de implementação da CUT (Pattanayak, S. & Fainboin, I., 2011):

- Estruturação física de uma conta-mãe e suas subcontas em um banco;
- Estruturação na contabilidade pública com conta contabilística de ativo, correspondendo à parcela da disponibilidade dos recursos financeiros físicos da entidade na CUT e com contas contabilísticas de ordem (ou de controlo) para gerir as disponibilidades por cada fonte de financiamento ou uma combinação desta com a natureza de despesa (pessoal, dívida, bens e serviços e investimento). O somatório destes saldos de disponibilidade nas contas de ordem/ controlo é igual ao da conta contabilística do ativo acima descrita. Nesta implementação temos somente uma conta física com a totalidade da disponibilidade de recursos financeiros de todas as entidades no banco;
- Estruturação virtual dos saldos bancários por via de um sistema integrado de tesouraria, das diversas contas correntes em distintos bancos (onde o Tesouro é

³⁵ A principal ferramenta de gestão financeira dos CFO é o *cash management* (Gardner, J. & Olden, B., 2013; Lienert, I., 2009), seu uso requer técnicas sofisticadas de projeção que não estão no escopo deste nosso trabalho. No entanto, podemos encontrar em (Berk, 2015; Makridakis, 1998; Chambers, J. C. et al., 1974) excelente material para aprofundamento neste campo.

cotitular destas contas para ter acesso às informações de movimentação - via extrato). Esta estruturação requer a gestão de contrato entre o Tesouro e os bancos para a gestão integralizada do *zero balance* e a implementação deste sistema integrado de tesouraria. Esta estruturação facilita a fungibilidade dos recursos financeiros e o empréstimo interentidades.

O grande problema das implementações da unidade de caixa / tesouraria no setor público é a denominada autonomia financeira - atribuída por lei, que elimina a possibilidade de uma cobertura abrangente da CUT. A relação entre o Tesouro e as entidades que não estão na CUT estabelecem o problema de informação assimétrica i.e. o Tesouro tem que tomar a decisão de se financiar mesmo havendo disponibilidade financeira na entidade.

3.3 As melhorias na governança e nos instrumentos de gestão do fluxo financeiro

No caso específico do SNS de Portugal, que tem autonomia administrativa e financeira por lei³⁶ e, em especial na gestão de medicamentos, encontramos na ACSS uma gestão de tesouraria que tem como objetivo principal a priorização do pagamento pelas ARS da faturação da comparticipação realizada pelas farmácias. No entanto, esta tesouraria está restrita à busca de fundos disponíveis da execução do OE e à transferência dos recursos “carimbados” à ARS, depois de uma conformidade da análise da faturação realizada pela CCF. Em outras palavras, a ACSS tem uma função de gestão de tesouraria, mas utiliza o fluxo orçamental para realizar esta função e não há unidade de caixa no SNS.

Repensar a governança financeira do SNS para que a ACSS, em sua função de tesouraria³⁷, passe a trabalhar com o fluxo financeiro, é a primeira melhoria que propomos

³⁶ DL n.º 357/82, de 6 de setembro estabelece a autonomia administrativa e financeira do SNS

³⁷ Miller, M. & Hadley, S. (2016) descreve os principais instrumentos de gestão de fluxos financeiros para uma eficiente gestão de tesouraria integrada à GFP.

neste trabalho: fortalecer a tesouraria da ACSS com instrumentos adequados de gestão financeira suportados por um sistema de gestão de fluxos de caixa para gerir uma mudança na estratégia de financiamento de curto-prazo de dívida pública flutuante para evitar o pagamento em atrasos a fornecedores.

A segunda melhoria está relacionada com a revisão de gastos a partir do fluxo financeiro descrito na Figura 1 do capítulo 2, revisando prazos e valores praticados em consonância com a técnica de *Spending Review* (SR)³⁸, onde a ACSS e o INFARMED juntas têm a governação do fluxo financeiro como um todo.

Estas duas melhorias, em conjunto, identificarão as ineficácias técnicas existentes na gestão de medicamentos do SNS e estabelecerão condições para a redução dos desperdícios, permitindo à gestão do SNS identificar a real necessidade de financiamento do orçamento de medicamentos.

3.3.1 O Fortalecimento da gestão de tesouraria da ACSS

Reforçar a tesouraria não significa criar um fundo para adiantar recursos financeiros para pagar as despesas de medicamentos nem centralizar o pagamento da despesa na ACSS – estas soluções são fundadas no paradigma que só considera o fluxo orçamental. O paradigma correto a ser considerado também deve contemplar o fluxo financeiro.

O fluxo financeiro é estruturado com a gestão de fluxo de caixa (realizado *versus* previsões) de todas as receitas e despesas e com os fluxos advindos da gestão de ativos e passivos financeiros que são utilizados para gerir a estratégia de financiamento do défice orçamental bem como da dívida pública flutuante³⁹ e fundada.

³⁸ Os países anglo saxónicos implementam a revisão de gastos considerando orçamentação por resultados com multianualidade, usando contrato de gestão com indicadores e metas para sua implantação eficaz.

³⁹ A estratégia de financiamento da dívida flutuante deve contemplar a estruturação adequada de uma reserva financeira (almofada) para cumprir os prazos de pagamento e mitigar o vício de financiar o fluxo financeiro com a dívida a fornecedores.

A proposta é de repensar a estruturação da tesouraria do Estado, hoje sob a tutela do IGCP, e a sua relação com a ACSS, entidade atualmente responsável pela gestão de tesouraria da autonomia financeira do SNS. O novo paradigma de estruturação dos tesouros dos Estados define três níveis de subfunções *Back*, *Midle* e *Front Offices* que trabalham de forma integrada e permitem a desconcentração e descentralização de cada uma destas subfunções em prol da melhor gestão do fluxo financeiro do Estado com a cobertura do Setor Público Não Financeiro. Uma visão geral deste paradigma de gestão de ativos e passivos financeiros consta do Anexo 3.

No capítulo anterior estimamos que o custo do *factoring* na gestão de medicamentos representou 8% da faturação de participação para as farmácias e 0,7% da despesa de medicamentos para o SNS no ano de 2016. Se analisarmos o custo financeiro que o IGCP, para este mesmo exercício de 2016, conseguiu captar a curto-prazo (até 12 meses) no mercado Bilhetes do Tesouro (BT)⁴⁰ a uma taxa média⁴¹ de 0,015 %, podemos identificar aqui neste ponto uma oportunidade de poupança.

Podemos mitigar a ineficiência técnica identificada ao fortalecer a tesouraria da ACSS com um moderno paradigma de gestão de ativos e passivos financeiros baseado na estruturação de um *middle office* (gestão de tesouraria desconcentrada) na ACSS, mantendo o IGCP como *front office* (gestão de acesso ao mercado financeiro centralizada). O *front office* (IGCP) emite BT para financiar o *middle office* (ACSS) com dívida pública flutuante como instrumento de gestão financeira de medicamentos. Estimamos que poupança gerada com esta implantação é da ordem de 0,685% (0,7% menos 0,015%) da despesa total de medicamentos, o que corresponderia, em 2016, a 7,1 M€. A gestão de medicamentos do SNS, a partir da externalidade positiva desta melhoria,

⁴⁰ Instrução nº 1/2015 do IGCP - Emissão de Bilhetes do Tesouro e estatuto de operadores de mercado

⁴¹ Taxa Média Ponderada/Weighted Average Yield – Fonte: IGCP Estatísticas Emissões BT 2016.

pode negociar a partilha desta poupança entre três agentes: (i) o IGCP e a ACSS para cobrir os custos de transação; (ii) a melhoria da saúde financeira das farmácias que teriam uma redução de custos financeiros da ordem de até 8% da sua faturação de comparticipação; e (iii) a redução dos preços dos medicamentos.

A desconcentração da subfunção de *middle office* entre a ACSS e o IGCP permite que haja o devido planeamento do fluxo de caixa do SNS com a confiável apropriação dos custos financeiros de cada operação financeira em cada ARS responsável pelo pagamento da fatura à Farmácia. A concentração do *front office* no IGCP permite o controlo na gestão do endividamento do Estado.

Uma condição fundamental para realizar a desconcentração da gestão de tesouraria para as entidades é haver um modelo de gestão na contabilidade pública por acréscimo, baseada nas IPSAS⁴², para que se possa registar os eventos financeiros de acordo com as normas internacionais por via da subfunção de *back office* do Tesouro.

3.3.2 O *Spending Review* do fluxo financeiro da gestão de medicamentos

A segunda melhoria está relacionada à revisão de gastos no fluxo financeiro descrito na Figura 1 do capítulo 2. Os fluxos financeiros, ao perpassarem por diversos pontos do sistema financeiro e por diversos agentes privados e públicos, geram custos financeiros que muitas vezes não são capturados e contabilizados por serem implícitos à dinâmica do negócio, como por exemplo:

- A verticalização da distribuição a grosso com a de venda no retalho, com a determinação de preços de mercado sem a devida transparência realizada por preços de transferência entre os agentes da verticalização;

⁴² As IPSAS (*International Public Sector Accounting Standards*) estão adotadas em Portugal pelo SNC-AP (Sistema de Normalização Contabilística para administrações públicas) que está sendo implementado de acordo com a Lei de Enquadramento Orçamental (Lei n.º 151/2015, de 11 de setembro) pela UNILEO (Unidade de Implementação de Lei de Enquadramento Orçamental) - <https://www.unileo.gov.pt>

- Os prazos de pagamento entre a indústria farmacêutica, a rede de distribuição a grosso, a rede de farmácias e as ARS;
- O volume de prescrição médica *versus* a dispensa de medicamento nas farmácias;
- A prescrição médica de genéricos *vis a vis* o original tendo a homologação do grau de eficácia do tratamento medicamentoso de ambos os tipos refletida no valor da participação;
- A dispensa de medicamentos por necessidade de consumo para o tratamento medicamentoso de acordo com a prescrição, em substituição a embalagem padronizada que pode gerar desperdício por não ser totalmente consumida⁴³;
- A gestão de fraudes para garantir que o utente do SNS para o qual foi prescrito o tratamento medicamentoso é o consumidor final do medicamento; e
- A gestão de inventários e controle de vendas de medicamentos participados pelo Estado com alto preço de venda.

Para implementar as técnicas de SR é necessária a existência de um OE elaborado em base da orçamentação por resultados (ou por desempenho) e que tenha a sua formulação baseada na plurianualidade na previsão e gestão dos gastos públicos alinhada a uma política orçamental de médio prazo. O fluxo orçamental estruturado nesta base permite que o seu fluxo financeiro seja orientado neste mesmo paradigma e que, por via do fluxo de caixa projetado *versus* realizado (registado na contabilidade por acréscimo com contabilidade de custos), se possa monitorar os resultados do SR.

O fluxo orçamental por si só não consegue fazer esta supervisão da revisão de gastos devido à sua natureza política e de democratização – anualmente tem que se aprovar o OE no parlamento e o fluxo orçamental não regista o previsual estabelecido no SR. Por

⁴³ Na África do Sul a dispensa é por volume de comprimidos necessários ao tratamento, a embalagem padrão gera desperdício pelo não consumo dos medicamentos

outro lado, no fluxo financeiro previsional o contrato de gestão do SR firmado (com anuência parlamentar) mantem-se registado.

A partir destas duas propostas podemos melhorar a gestão dos gastos de medicamentos, bem como a dos gastos do SNS. Nas conclusões deste trabalho serão apresentadas as principais iniciativas que podem ser implementadas com este novo paradigma de integração entre o fluxo orçamental e financeiro do OE.

IV – Conclusões

Observamos neste trabalho que são recorrentes o défice e os pagamentos em atraso do SNS, principalmente no contexto da gestão financeira de medicamentos que têm a participação do Estado. Algumas ações foram implementadas para sanar os défices e controlar os pagamentos em atraso (Ministério da Saúde (2007); Ministério das Finanças (2012)), tais como: a capitalização dos hospitais empresas, o crédito suplementar para pagamento de despesas em atraso, a criação de um fundo (FASP) para estabilizar os pagamentos em atraso, as operações de tesouraria sem respaldo orçamental e a centralização de pagamentos.

A grande dúvida da gestão do SNS é saber o quanto da geração de défice é uma questão de suborçamentação - dadas as restrições orçamentais, e o quanto é uma questão de gestão de desperdícios - onde há potenciais melhorias a efetivar na gestão financeira do medicamento. Importa salientar que, não sendo o processo de orçamentação do medicamento o objeto deste trabalho, tudo indica que tem havido suborçamentação do medicamento em sucessivos OE, e os pagamentos em atraso são consequências deste fato. Neste sentido, a convergência a prazo para uma orçamentação mais apropriada do medicamento parece-nos essencial. Não é também irrelevante a questão do modelo

institucional (público *versus* privado) para lidar com as consequências da suborçamentação (os pagamentos em atraso).

Outra dimensão importante do problema de pagamento em atrasos a fornecedores é o posicionamento do EUROSTAT: se se conta ou não este valor para o défice orçamental. No passado recente, com a contabilidade pública em base de caixa e a contabilidade nacional de acordo com o SEC 95, estes valores não eram considerados no cálculo do défice. Portanto, o não pagar os credores e tê-los como uma alternativa de financiamento temporal de recursos financeiros não infligia as normas e não agravava o défice. Com a implementação do SEC 2010 temos uma mudança no cálculo do défice orçamental e estes valores passam a ser considerados⁴⁴.

Para ajudar este processo de identificação dos fatores de défice do SNS, o foco deste trabalho está na análise da ineficiência técnica da gestão financeira dos medicamentos relacionada com a gestão de desperdícios e estamos convictos que, se eliminada esta componente, as demais componentes podem ser melhor analisadas pela gestão do SNS.

Do ponto de vista académico, percebemos que o pagamento em atraso recorrentemente reportado no SNS⁴⁵ é um “fracasso do estado” no processo de orçamentação e de gestão (Pereira, 2008). Este fato causa uma externalidade negativa nos agentes privados que operam na produção privada e que economicamente interatuam no sector de saúde - onde o SNS é o grande articulador da provisão pública.

No caso específico da gestão do tratamento medicamentoso, em 2005 a regulação funcionou para promover a livre concorrência no setor de farmácias e estabeleceu um

⁴⁴ Na segunda notificação sobre défice excessivo que o INE enviou em setembro de 2017 ao EUROSTAT consta informações sobre “Passagem do saldo em Contabilidade Pública para o saldo em Contabilidade Nacional”, considerando a alteração do perímetro do OE do SEC 95 para o SEC 2010 das empresas não mercantis, que é o caso dos Hospitais EPE.

⁴⁵ Nas CGE de 2005 até 2015 é evidente a falta de informação sobre pagamentos em atraso por parte das entidades do OE e a veemente cobrança do Tribunal de Contas em suas recomendações.

novo modelo de produção privada para este serviço público. Naquele momento, duas vertentes para resolver a externalidade advinda dos pagamentos em atraso junto às farmácias foram instituídas: uma de carácter público - a instituição do FASP para estabilizar os prazos de pagamento; e uma instituição de carácter privado de prestação de serviços de *factoring* para apoiar o financiamento de créditos às farmácias que não possuíam condições financeiras de suportar a demora no pagamento pelo SNS.

A história recente mostra que a instituição pública falhou e foi extinta, enquanto que a instituição privada prosperou e tem mantido a sustentabilidade operacional das farmácias. Podemos entender a falha da instituição pública pela época da sua extinção - em tempos do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF) para a recuperação das finanças públicas de Portugal com muita dificuldade de acesso ao mercado financeiro. Mas também, pela má utilização de instrumentos de gestão do fluxo orçamental com desvirtuações de orçamentação mencionada no capítulo 2. A instituição privada sobrevive, mas claramente percebemos que estamos na presença de uma questão de *rent-seeking* e o problema de pagamento em atrasos persiste.

Atualmente, o contexto do mercado financeiro para Portugal está melhor e as condições da gestão do SNS estão muito superiores à do passado recente e estes dois fatores nos levam a repensar os instrumentos de gestão e de governação da autonomia administrativa e financeira do SNS. No capítulo 3 demonstramos que podemos gerir melhor os pagamentos em atraso com uma solução para a reestruturação da gestão de tesouraria da ACSS, onde estimamos a geração de uma poupança na ordem de 0,685% da despesa de medicamentos correspondente a 7,1 M€ em 2016. Tal nível de poupança pode parecer irrisório no contexto do *stock* da dívida em atraso (518 M€ em 2016, segundo informação da APIFARMA (2017), entretanto é um mecanismo que permite não aumentar este *stock*.

As condições para a implantação desta solução poderão existir em breve no SNS: (i) a contabilidade pública em base de acréscimo, que tem por base as IPSAS, e que está planeada substituir o POCMS; e (ii) a evolução da gestão de tesouraria hoje em dia existente no IGCP, que não é tecnicamente de difícil implementação dado que o IGCP está muito bem desenvolvido como *front e middle offices* para o financiamento do défice orçamental.

A segunda melhoria apresentada no capítulo 3 é relacionada a racionalização dos gastos por via da aplicação da técnica de *spending review*. Neste contexto, as condições necessárias a sua implementação também poderão em breve existir no SNS: (i) a contabilidade de custos em implementação na ACSS; e (ii) a gestão de contratos-programa com metas e gestão de indicadores para suportar projetos específicos de *spending review*;

Em resumo, a partir das duas melhorias apresentadas no capítulo 3 deste trabalho, poder-se-iam implementar as seguintes iniciativas:

1. Fortalecimento da autonomia administrativa e financeira do SNS com a desconcentração da subfunção de *middle office* do IGCP para a ACSS, da concentração da subfunção de *front office* no IGCP e a descentralização de pagamentos pelas ARS e demais entidades do SNS;
2. Fortalecimento da subfunção de *back office* por via da implementação de um instrumento de *cash pooling* - conta única virtual, onde a contabilidade pública ou um sistema integrado de tesouraria serão os instrumentos para sua estruturação de forma que haja fungibilidade de fundos (unidade de caixa) entre todas as entidades do SNS, com gestão diferenciada por fonte de financiamento e contrato-programa;
3. Financiamento de curto-prazo para a gestão de tesouraria da ACSS com adequada

- almofada de recursos financeiros para mitigar os pagamentos em atrasos e o stock da dívida a fornecedores, respetivamente com uma gestão de dívida pública flutuante (liquidada no exercício corrente) e fundada (liquidada no exercício subsequente);
4. Revisão de Gastos utilizando a técnica de *spending review* na análise dos custos financeiros que ocorrem diretamente pela aplicação de taxas e serviços bancários e, indiretamente, pela utilização de prazos de indisponibilidade dos recursos financeiros (*floating* e compensação). E de forma implícita avaliar estes mesmos indicadores na inter-relação entre os agentes que participam no fluxo financeiro da gestão de medicamentos do SNS (figura 1);
 5. Estabelecimento de um procedimento automatizado diário de conciliação bancária, contabilística e financeira na subfunção de *back office*, sem intervenção humana ou troca de ficheiros, de preferência de forma centralizada no IGCP;
 6. Estabelecimento de um procedimento de *benchmarking* para comparar os custos financeiros das diversas entidades distintas do SNS.

De certa forma, e guardadas as peculiaridades e idiosincrasias de cada componente da saúde pública, podemos considerar este estudo de caso como abrindo perspetivas para uma reformulação da gestão financeira do SNS.

Referências Bibliográficas

APIFARMA (2017). Estudos e Publicações da APIFARMA, Indústria farmacêutica em números, agosto 2017. Disponível em:

<http://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Paginas/IF.aspx>

Arnaut, A. (2009). Serviço Nacional de Saúde – 30 anos de resistência, 2^a ed. Lisboa: Almedina.

Baganha, M. I., et al (2002). O Sector da Saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Coimbra: Centro de Estudos Sociais. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/index.php?id=2652>

Barros, P. P. (2012). *Health policy reform in tough times: The case of Portugal*. Health Policy Journey 106 17–22.

Barros, P. P. (2013). A Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos, 3^a ed. Lisboa: Almedina.

BERK, J. et al (2015). *Fundamentals of Corporate Finance*, 3rd ed. London: Pearson.

Campos, A.F.C. (1985). Disciplina autónoma de economia da saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, mimeo.

Chambers, J. C. et al. (1974). *An executive's guide to forecasting*. New York: John Wiley & Sons, 1974.

Flynn, S. & Pessoa, M. (2014). *Prevention and Management of Government Expenditure Arrears, Fiscal Affairs Department*. Washington: International Monetary Fund.

Gardner, J. & Olden, B. (2013). *Cash Management and Debt Management: Two Sides of the Same Coin? in Public Financial Management and Its Emerging Architecture*. Washington: International Monetary Fund.

Leibenstein, H. (1966). *Allocative Efficiency vs. "X- Efficiency"*. American Economic Association, 392-415.

Leibenstein, H. (1978a). *On the Basic Proposition of X- Efficiency Theory*. American Economic Association, 328-332.

Leibenstein, H. (1978b). *X-Inefficiency Xists: Reply to an Xorcist*. American Economic Association, 203-211.

Lienert, I. (2009). *Modernizing Cash Management. IMF Technical Notes and Manuals*. Washington: International Monetary Fund.

Makidrakis, S. G. et al (1998). *Forecasting: Methods and Applications*, 3rd ed. USA: John Wiley & Sons.

Miller, M. & Hadley, S. (2016). *Cash management in cash-constrained environments, A public financial management introductory guide*. London: Overseas Development Institute.

Ministério da Saúde de Portugal (2007). Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>.

Ministério das Finanças de Portugal (2012). Estratégia para a redução dos pagamentos em atraso há mais de 90 dias.

Pattanayak, S. & Fainboin, I. (2011). *Treasury Single Account: An Essential Tool for Government Cash Management, IMF Technical Notes and Manuals*. Washington: International Monetary Fund.

Pimenta, C. & Pessoa, M. (2015). *Public Financial Management in Latin America: the key to efficiency and transparency*, Washington: Inter-American Development Bank.

Portela, M. C. C. (2009). Regimes de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos – Avaliação do impacto do sistema de preços de referência em Portugal. Tese doutorado na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Pereira, P. T. (2008). *O prisioneiro, o Amante e as Sereias*. Lisboa: Almedina.

Pereira, P. T. et al (2016). *Economia e Finanças Públicas*, 5ª Ed. Lisboa: Escolar Editora

Stigler, G. T. (1976). *The Xistence of X-Efficiency*. American Economic Association, 213-216.

Tribunal de Contas de Portugal (2005 a 2015). *Conta Geral do Estado, 2005 a 2015*.

TABELA III MERCADO DE MEDICAMENTOS EM PORTUGAL

Ano	2010		2011		2012		2013		2014	
	em milhões de euros	%	em milhões de euros	%OE	em milhões de euros	%OE	em milhões de euros	%OE	em milhões de euros	%OE
Mercado do SNS - PVP	€ 2.346,66	100%	€ 2.124,57	100%	€ 1.855,64	100%	€ 1.849,70	100%	€ 1.873,04	100%
Encargos do SNS - Participação Estado	€ 1.639,28	69,9%	€ 1.326,00	62,4%	€ 1.173,08	63,2%	€ 1.160,22	62,7%	€ 1.170,35	62,5%
Encargos do Utente	€ 707,39	30,1%	€ 798,57	37,6%	€ 682,57	36,8%	€ 689,48	37,3%	€ 702,69	37,5%
Mercado dos Subsistemas - PVP	€ 406,33	100%	€ 241,54	100%	€ 190,43	100%	€ 98,46	100%	€ 26,44	100%
Encargos dos Subsistemas - <i>Comparticipação Subsistemas</i>	€ 292,05	71,9%	€ 165,93	68,7%	€ 132,04	69,3%	€ 69,13	70,2%	€ 21,15	80,0%
Encargos dos Utentes nos medicamentos comparticipados	€ 114,28	28,1%	€ 75,61	31,3%	€ 58,39	30,7%	€ 29,33	29,8%	€ 5,29	20,0%
Receitas Processadas em milhões de unidades	67,05		68,30		70,19		76,92		72,92	

Fonte: INFAMED – Estatística do Medicamento e Produtos de Saúde de 2014

TABELA IV PARTICIPAÇÃO DA COMPARTICIPAÇÃO DO ESTADO NO MERCADO DE MEDICAMENTOS EM PORTUGAL

Ano	2010	2011	2012	2013	2014
	Mercado do SNS	72,60%	71,40%	71,00%	76,80%
Mercado dos Subsistemas (a)	12,50%	8,20%	7,30%	4,10%	1,10%
ADSE + M. Justiça (b)	9,10%	4,90%	4,40%	2,20%	0,00%
Outros Subsistemas	3,40%	3,30%	2,90%	1,90%	1,10%
Mercado Medicamentos não sujeitos a receita médica + Restante Mercado	14,90%	20,40%	21,70%	19,10%	20,80%
Mercado Total	100%	100%	100%	100%	100%
Encargos do SNS + Subsistemas (comparticipações)	59,70%	50,70%	49,90%	51,00%	49,70%
Encargos do Utente nos Medicamentos Comparticipados (SNS + Subsistemas)	25,40%	28,90%	28,30%	29,80%	29,50%
Mercado Medicamentos não sujeitos a receita médica + Restante Mercado	14,90%	20,40%	21,70%	19,10%	20,80%

FONTE: INFAMED – ESTATÍSTICA DO MEDICAMENTO E PRODUTOS DE SAÚDE DE 2014

TABELA V ANÁLISE DA DESPESA EM SAÚDE/MEDICAMENTOS VS. ÀS DESPESAS CORRENTES OE

Ano	2010		2011		2012		2013		2014	
	em milhões de euros	%OE	em milhões de euros	%OE	em milhões de euros	%OE	em milhões de euros	%OE	em milhões de euros	%OE
Despesa em Saúde (privada)	€ 5.279,00	11%	€ 5.373,00	12%	€ 5.400,00	12%	€ 5.177,00	11%	€ 5.308,00	11%
Despesa em Saúde (pública)	€ 12.345,00	27%	€ 11.330,00	25%	€ 10.334,00	22%	€ 10.306,00	22%	€ 10.374,00	22%
Despesa Total em Saúde	€ 17.623,00	38%	€ 16.703,00	37%	€ 15.734,00	34%	€ 15.483,00	33%	€ 15.682,00	33%
Despesa Pública em Medicamentos	€ 1.639,28	4%	€ 1.326,00	3%	€ 1.173,08	3%	€ 1.160,22	2%	€ 1.170,35	2%
Despesa Corrente do OE	€ 46.574,00	100%	€ 45.575,00	100%	€ 45.934,00	100%	€ 47.232,00	100%	€ 47.827,00	100%

Fonte: INFAMED – Estatística do Medicamento e Produtos de Saúde de 2014

TABELA VI COMPORTAMENTO DA DESPESA EM RELAÇÃO AO IPC AO ANO BASE DE 2012

Comportamento da Despesa em relação ao IPC (ano base 2012)					
Ano	2010	2011	2012	2013	2014
Despesa em Saúde (privada)	98%	100%	100%	96%	98%
Despesa em Saúde (pública)	119%	110%	100%	100%	100%
Despesa Total em Saúde	112%	106%	100%	98%	100%
IPC Saúde	95%	100%	100%	102%	102%
Despesa Pública em Medicamentos	140%	113%	100%	99%	100%
IPC Medicamentos	99%	107%	100%	105%	107%
Despesa Corrente do OE	101%	99%	100%	103%	104%
IPC Total exceto Habitação	94%	97%	100%	100%	100%

Fonte: INFAMED – Estatística do Medicamento e Produtos de Saúde de 2014

TABELA VII ANÁLISE DO FACTORING REALIZADO ÀS FARMÁCIAS DA ANF

Ano	2014	2015	2016
Crédito Total à Clientes (valor bruto)	124.9 M€	214.7 M€	130.7 M€ ⁴⁶
Provisões, Imparidades e Amortizações	(3.4 M€)	(3.9 M€)	(4 M€)
Créditos Total à Clientes (valor líquido)	121.5 M€	210.7 M€	126.7 M€
Percentual do Total para participações	87%	92%	87,2%
Valor Total do Factoring realizado pelas Farmácias	108.6 M€	197.5 M€	113.9 M€
Juros e Rendimentos similares ⁴⁷	6.07 M€	8.17 M€	7.7 M€
Rendimentos de Serviços e Comissões ⁴⁸	2.00 M€	2.00 M€	2.02 M€
Custo Financeiro do Factoring para as Farmácias	8.07 M€	10.17 M€	9.72 M€
Taxa Média Bruta Anual do Factoring	7,4%	5,1%	8,5%

Fonte: Relatório de Contas da FINFARMA as dos anos de 2014, 2015 e 2016

⁴⁶ Segundo o Relatório de Contas de 2016, a redução da Carteira de Crédito de 2015 para 2016 é justificada pela regularização do crédito em atraso por parte da ARS do Alentejo, do Centro e do Norte, que totalizavam em dezembro de 2015 aproximadamente 85 milhões de euros. Este facto destaca o impacto do pagamento em atraso no fluxo financeiro da economia dos medicamentos em Portugal.

⁴⁷ Nota 13 do Demonstrativo de Resultados do Relatório de Contas da Finanfarma

⁴⁸ Nota 14 do Demonstrativo de Resultados do Relatório de Contas da Finanfarma

Anexo 2 – Informações para a avaliação do fluxo financeiro da gestão de medicamentos

- Fluxo Financeiro Previsional (valores em Euros)
 - Prescrição
 - Dispensa
- Fluxo Financeiro Realizado (valores em Euros)
 - Factoring
 - Liquidação
 - Pagamento
- Fluxo Orçamental (valores em Euros)
 - Proposta OE solicitada para DGO
 - Dotação Inicial OE
 - Reforço de Dotação OE
 - Cabimentado OE
 - Pagamento OE
 - Pagamentos em Atraso ao final do 1o semestre
 - Pagamentos em Atraso ao final do 2o semestre
- Prazos Médios de Dispensa (realizada em número médio de dias após a prescrição)
- Prazos Médios do Fluxo Financeiro Realizado (em dias)
 - Factoring
 - Liquidação da AR
 - Pagamento da ARS
- Prazos Médios do Fluxo Orçamental
 - Pagamento OE pelo IGCP à ARS
 - Pagamentos do IGCP à ARS em Atraso (ao final do 1o semestre)
 - Pagamentos do IGCP à ARS em Atraso (ao final do 2o semestre)

Anexo 3 - Descrição das subfunções de Tesouro (*Back, Middle e Front Offices*)

A gestão de tesouraria no Setor Público tem evoluído nos últimos anos para um modelo conceptual de Tesouro Público com gestão integrada de ativos e passivos financeiros. A evolução do Tesouro Público nasceu como uma pagadoria centralizada (visão em base de caixa), evoluindo em seguida para a gestão de créditos para financiamento do orçamento, quando foram implementados os instrumentos de racionalização de recursos financeiros com unidade de caixa e de tesouraria - esta considerando a programação financeira de pagamentos do orçamento (visão em base de caixa modificado). Nos últimos anos, com o fortalecimento do papel da política orçamental e a crise financeira das dívidas soberanas, o Tesouro passa a ter um papel preponderante na gestão financeira pública, onde a visão em base de acréscimo é fundamental. Para este fortalecimento do Tesouro Público surge o modelo conceptual de *back, middle e front offices*, largamente utilizados nas empresas e bancos do setor privado. Cabe ressaltar que este modelo privado deve ser adequado às especificidades do setor público, tendo o Tesouro Público como agente supervisor dos fluxos financeiros das políticas orçamental e monetária, devido ao alto volume de recursos financeiros que financiam o orçamento.

O Modelo Conceptual do Tesouro detalhado nas três subfunções de *back, middle e front offices* está, de forma sucinta, apresentado na Tabela VIII. Estas funções existem na maioria dos Tesouros avançados e não representam estruturas organizativas nestas instituições, pois é um modelo conceptual funcional e não departamental. Esta conceptualização funcional vem da estruturação das áreas financeiras de corporações privadas do setor não financeiro e, por sua natureza própria, do setor bancário (banco central e bancos privados). Um bom exemplo das funções e competências de recursos

humanos para a segregação da função financeira em *front, middle e back offices* podemos encontrar na área de tesouro do Banco Mundial, no sítio web:

http://treasury.worldbank.org/web/documents/DebtManagementOffice_Mainfunctionsandskillsrequired.pdf

Neste trabalho, o fortalecimento da autonomia financeira da ACSS apresentada no capítulo 3 contempla a evolução: (i) da gestão de tesouraria (*middle office*) com previsões fiáveis de Contas a Pagar e Contas a Receber; e (ii) do *back office* para uma robusta e consistente conciliação de informações entre os Bancos e a Contabilidade Pública. Esta última evolução garantirá que os valores registados na contabilidade correspondam à disponibilidade de recursos financeiros. Para implementar esta proposta, o *back office* do IGCP necessitará mudar o paradigma atual - neste momento vocacionado para uma gestão bancária.

TABELA VIII MODELO CONCEPTUAL DE TESOURO PÚBLICO

BACK OFFICE	
É responsável pela gestão oportuna das informações necessárias as operações realizadas pelas subfunções de <i>Middle e Front Offices</i> , bem como o <i>compliance</i> de estas operações:	
<ul style="list-style-type: none"> • Conciliação de informação dos fluxos financeiros: meios de pagamento, contabilística e não contabilística e financeira; • Coleta de informação previsional; • Coleta de registos contabilísticos CaP e CaR.gestão de ativos e passivos financeiros; e • <i>Compliance</i> das operações realizadas com gestão de riscos operacionais e dos atos do Tesouro. 	
Atividades de Back Office:	
1	Comunicação & Interoperabilidade dos Sistemas de Informação
1.1.1	Entre Sistemas de Informação do Estado que gerem a informação de política macroeconómica, orçamento, dívida, compras, investimentos, recursos humanos, abastecimento e arrecadação
1.1.2	Entre Tesouro e o Sector Bancário - Banco de Portugal e outras Instituições Financeiras
2	Processos de coleta de informação e armazenamento em base de dados estruturada em fluxo de caixa com funcionalidade de matemática financeira para gestão de previsional <i>versus</i> realizado
2.1	Base de Dados Única Contabilística para os registos realizados
2.2	Base de dados Única para gestão de Fluxos de Caixa previsionais
2.3	Alcance Entidades SPNF Nacional e Subnacional (perímetro do OE e fora do perímetro do OE)
3	Instrumentos de Gestão de Meios de Pagamento nos fluxos financeiros de receitas e despesas
3.1	Gestão da Estrutura de Racionalização de Recursos Financeiros - <i>fungibilidade (Cash Polling)</i>
3.1.1	Conta Única do Tesouro - CUT Física no Banco ou Virtual na Contabilidade
3.1.2	CUT Virtual no Sistema Integrado do Tesouro com contas bancárias do sistema bancário privado
3.2	Documento Único de Cobrança padronizado na Arrecadação e no Sistema Bancário para todos os recursos do tesouro (receitas tributárias e não tributárias, incluso as receitas próprias)
3.3	Gestão de Conciliação dos meios de pagamento (Banco, cartões, APP etc.), com a base contabilística, com a base não contabilística e com a financeira (previsões)
4	Gestão de Riscos Operativos
5	Gestão Legal dos atos do Tesouro

MIDDLE OFFICE	
É responsável pelo enlace entre o <i>Back</i> e <i>Front Offices</i> e por:	
<ul style="list-style-type: none"> • gestão de ativos e passivos financeiros; • análises estratégicas de liquidez, de investimentos e de dívida; • gestão de <i>fiscal risks</i> (explícitos e implícitos); e • análises estratégicas da gestão de riscos que impactam Tesouro. 	
Atividades do Middle Office:	
1	Gestão Financeira Dinâmica baseada em Fluxo de Caixa (Previsional) com parametrização de cada instrumento de forma individualizada e com variáveis de mercado, instanciadas de acordo com a variação de sistemas tipo BLOOMBERG e com cálculo e funcionalidades de matemática financeira
1.1	Gestão dos Fluxos de receitas integrado com despesas (realizado <i>versus</i> previsões)
1.2	Gestão de Reservas (almofada financeira)
2	Supervisão dos Fluxos Financeiros do SPNF para eliminar informação assimétrica
2.1	<i>Corporate Finance</i> do SPNF com indicadores e KPI
2.2	<i>Project Finance</i> (PPP e investimento Público) com indicadores e KPI
3	Gestão da Programação Financeira Anualizada de Caixa para financiamento do Orçamento
3.1	Gestão de Liquidez de tesouraria <i>versus</i> Gestão de Pagamentos (prazos e descontos por antecipação)
3.1.1	Desconcentração <i>Middle Office</i> para fortalecer a Autonomia Financeira
3.1.2	Descentralização processo de pagamento para fortalecer a Autonomia Administrativa
3.1.3	Análise Estratégica de Gestão de Liquidez <i>versus</i> Prazos de Pagamento
4	Gestão de Comitê de Caixa
4.1	Gestão Estratégica de Tesouro para o SPNF baseada em informações dos Fluxos Financeiros
4.2	Gestão da Revisão de Gastos (<i>Spending Review</i>)
4.3	Supervisão do Cumprimento da Política Orçamental e Gestão de <i>Fiscal Risks</i>
4.4	Gestão de Financiamento do Orçamento do Estado com Dívida de curto, médio e longo Prazos
5	Gestão do Comitê de Ativos e Passivos Financeiros
5.1	Supervisão da integração das Políticas Fiscal e Monetária
5.2	Definição da Estratégia de Mercado para a gestão de ativos e passivos financeiros
6	Estruturação Financeira do SPNF
6.1	Estruturação Financeira de Empresas Públicas (<i>Corporate Finance</i>)
6.2	Estruturação Financeira de PPP e Investimentos Públicos (<i>Project Finance</i>)
FRONT OFFICE	
É responsável pela relação com o Mercado Financeiro.	
Atividades de Front Office:	
1	Gestão de Estratégia de Mercado Financeiro a partir de cenários de instrumentos financeiros
2	Gestão da Operação no Mercado Financeiro dos instrumentos financeiros em mesas de operação e leilões

Fonte: própria do autor deste Trabalho de Projeto

Considerando estas funções podemos estabelecer indicadores de desempenho tradicionalmente utilizados para as funções de *financial control* nas corporações privadas e também no setor financeiro. No caso do setor público não financeiro, os indicadores PEFA (Public Expenditure and Financial Accountability) são os mais utilizados nas avaliações da GFP (Pimenta, C. & Pessoa, M. 2015).